



Personalsuche

Gibt es für die richtige Wahl ein patentes Muster?

Seite 2



Bibliothek

In der neuen Patientenbibliothek warten 700 Bände Literatur auf Sie.

Seite 4



Frühling

An unserem Teich im Park sind neue Gäste eingezogen.

Seite 5



Tansania

Das Zusammenarbeitsprojekt trägt Früchte.

Seite 8



Grenzentscheidungen auf der Intensivstation

Es gibt keine Anleitung

Therapie weiterführen oder nicht? An der Grenze zwischen Leben und Tod ist jede Entscheidung eine neue individuelle Herausforderung.

Ein guter Tag zum Sterben

Der 96-jährige Patient im Zimmer 40 wird mit Adrenalin-derivaten überflutet. Er hat sich gestern den Oberschenkelknochen gebrochen, sein Herz und der Kreislauf haben versagt und funktionieren nur noch durch hochdosierte Medikamente. Mich erinnert er an meine Grossmutter: Mit 92 hat sie beschlossen Englisch zu lernen. Dann kam der Schenkelhalsbruch. Nach der Operation lag sie drei Jahre im Bett im Pflegeheim. Wenn ich sie besuchte, dachte sie, ich sei ein Krokodil. Als sie starb, fühlte ich, wie ihr Leben schön gewesen wäre, wenn es die unnötigen letzten drei Jahre nicht gegeben hätte. Ich beschliesse die Kreislaufunterstützung rasch zu reduzieren und den alten Mann gleichentags auf die Normalabteilung zu verlegen.

Die Hoffnung stirbt zuletzt

Das Herz des 60-jährigen Patienten stand mitten im Leben still. Einfach so. Grundlos. Plötzlich. Es schlug dann wieder, aber sein Gehirn hatte in der kurzen Zeit ohne Durchblutung einen erheblichen Schaden erlitten. Er liegt nun seit mehr als vier Wochen bei uns und ausser Gähnen und Kauen äussert er keine

Zeichen des menschlichen Lebens. Die Hoffnungen auf ein Aufwachen sind minim, wir kennen es vom Fall des Formel1-Fahrers und vielen ähnlichen. Und doch will ich ihn nicht gehen lassen, ich klammere mich an den kleinen Funken Hoffnung. Und die Hoffnung stirbt zuletzt, es ist nun mal so.

Nur zwei Dinge sind sicher: der Tod und die Steuer

Der 40-jährige Patient aus Sri Lanka lebt ungesund. Er hat sich das Leben und die Leber förmlich versoffen und wohnt auch im kalten Zürcher Winter unter einer Brücke. Die Statistiken sagen, dass seine Lebenserwartung zirka ein Jahr beträgt. Und jetzt kommt noch diese Blutvergiftung hinzu. Eines nach dem anderen versagen alle seine Organe. Wir ersetzen sie mit teuren, teils experimentellen Therapien. Errechnete 10 000 Franken pro Tag kostet die gesamte Therapie. Mindestens weiss ich, wo unser Steuergeld hingehet. Aber die Frage, ob es sich lohnt, so viel Geld auszugeben, um ihm höchstens ein paar Monate länger unter der Brücke zu ermöglichen, stelle ich mir täglich wieder aufs Neue.

Grenzentscheidungen Gestern und Heute

Vor zehn Jahren diktierten ein paar wenige Grundsätze meine Entscheidungen im Grenzgebiet von Leben und Tod: nie aufgeben – wir leben

nur einmal und wir wissen nicht, was danach folgt – je wahrscheinlicher der Tod, desto grösser und spannender die Herausforderung für den Arzt. Hauptsache, der Patient oder die Patientin verliess lebend meine Intensivstation.

Vieles hat sich im letzten Jahrzehnt in diesem Gebiet geändert. Zum Beispiel das Erwachsenenschutzgesetz, welches dein Leben in deine Hände oder allenfalls in die der Angehörigen legt. Ich bin immer noch der Meinung, dass Leben, Selbstbestimmung und Gesundheit die drei höchsten Werte des menschlichen Lebens sind. Und die Verteidigung des Lebens ist die wichtigste Aufgabe des Arztes. Schon Hippokrates hat dies so festgelegt.

THEMA DIESER AUSGABE

Entscheidungen: Sich richtig entscheiden ist eine Kunst – sei es in der Medizin oder bei der Personalsuche.

Ich habe aber einiges dazugelernt. Jeder Mensch hat das Anrecht, über sein eigenes Schicksal zu bestimmen. Will ein Patient die vorgeschlagene Therapie nicht, dann bitte ich ihn nicht mehr dreimal, meinen Rat anzunehmen. Ich möchte sein Glück nicht mehr erzwingen oder gar erbetteln, denn ich weiss nicht, was Glück für ihn bedeutet.

Dann habe ich realisiert, dass es manchmal auch einen guten Tag zum Sterben gibt. Der Tag vor dem langen Elend, vor dem Verlust von

FOKUS

Zehn Jahre (fast) ohne blauen Dunst

Raucher sind mustergültig tolerant, denn noch nie hat sich ein Raucher von einem Nichtraucher neben ihm gestört gefühlt. (Herbert Rosendorfer)



An einem Sonntag im April erreichte mich die Mailnachricht eines Patienten, die ich Ihnen auszugsweise wiedergeben möchte:

«Zuallererst muss ich Ihnen sagen, dass ich sehr, sehr zufrieden mit Ihrem Spital bin! Ich werde sehr gut versorgt, die Schwestern und Ärzte sind extrem kompetent und freundlich und man wird, im wahrsten Sinne des Wortes, sehr gut behandelt. Eigentlich gibt es nichts grossartig zu kritisieren und ich habe lange überlegt, ob ich überhaupt etwas reklamieren soll. Auch wenn es ein wenig spiessig ist, den folgenden Punkt muss ich doch loswerden.

Ich liege im Haus E, mit tollem Blick auf die Stadt, eine wunderschöne Terrasse vor mir. Es ist schönes Wetter und die Temperaturen kletterten die letzten Tage auf 20 Grad. Und dieser Ort wird gerne besucht, denn es geht wohl mehreren Menschen wie auch mir so, dass es unglaublich schön auf der Terrasse ist.

Aber, wie kann es sein, um mich herum höre ich etliche Patienten böse husten und vor meinem Zimmer, keine fünf Meter weg, stehen Patienten, Krankenschwestern und Ärzte und rauchen? Und nicht nur ein paar. Um die Mittagszeit waren es ca. 40 Leute. Nicht alles Raucher, natürlich. Aber die Rauchschwaden ziehen bei leichtem Wind sogar in die Zimmer! Und das geht den ganzen Tag so.»

Auf den Tag genau sind zehn Jahre vergangen, seit das Waidspital im Innern rauchfrei ist und im Grossen und Ganzen konnte dies besser umgesetzt werden als anfänglich gedacht. Ich entbiete allen Rauchenden meinen Dank und uns allen die Gratulation zu diesem speziellen Jubiläum. Als Folge des Spitals ohne Rauch haben die Rauchplätze vor dem Gebäude an Bedeutung gewonnen, wie dies der Patient eindrücklich schildert.

Ich möchte Ihnen Behlegendes über die Folgen des Rauchens ersparen. Die meisten von Ihnen wissen darüber mehr als ich und haben täglich Einblicke in die Auswirkungen. Wir haben bei der Wahl der Raucherplätze darauf geachtet, dass die Patientinnen und Patienten möglichst wenig gestört werden. Die Rückmeldung des Patienten zeigt jedoch, dass wir diesbezüglich noch Entwicklungspotential haben, sei es beim Entsorgen der Kippen mit Kaffeebecher auf der Notfall-Leuchttafel oder dem Rauchen unmittelbar vor den Patientenzimmern. Aber zögern Sie deshalb nicht, ab und zu unseren schönen Garten mit Ausblick auf See, Stadt und Berge zu besuchen, denn das ist eigentlich eine gesunde Sache.

Lukas S. Furler, Spitaldirektor

Ehre und Würde. Dieser Tag existiert, für uns alle. Und manchmal muss man es auch auf einer Intensivstation realisieren. Und sich zurückziehen. Aber es gibt auch schlechte Tage zum sterben. Vor einem Jahr haben wir einen Patienten in der Endphase seiner Krebserkrankung mit allen möglichen Medikamenten und Maschinen behandelt, im Wissen, dass ihm ohnehin nur ein paar Wochen Leben blieben. Aber die Geburt seines Sohnes wollte er noch erleben. Und er tat es. Es war gut investiertes Geld für diesen Tag. Vor dem prallen Leben und dem Tod spielen finanzielle Aspekte nie eine Rolle. Nie.

Gelegentlich stirbt die Hoffnung doch. Ich habe gelernt, dass man manchmal auch aufgeben muss. Die

Herausforderung ist nicht nur, den Patienten und die Patientin zu retten, sondern auch, sie im richtigen Moment sterben zu lassen. Wenn es sein muss, dann muss es sein.

Meine grösste Erkenntnis ist, dass Statistiken, Scores, Gesetze, Behörde und dein Ego als Arzt bei Grenzentscheidungen keinerlei Hilfe bieten. An der Grenze zwischen Leben und Tod ist jeder Mensch um so mehr ein Individuum, ein Unikat. Die Entscheidung, eine Therapie weiterzuführen oder sich zurückzuziehen, insofern der Patient sie nicht selber treffen kann, ist immer individuell und basiert auf Gefühlen und Erfahrungen. Es gibt keine Anleitung dazu. Dr. Christian Giambarba, Leiter Intensivstation

Personalrekrutierung: Worauf achten bei der Auswahl?

Mit Kopf oder Bauch oder Herz?



Gibt es für die Personalrekrutierung ein patentes Muster? Oder soll das «Blümchen-Verfahren» – ich nehme sie/ihn nicht – angewendet werden? Nein natürlich nicht!

Sieht ein klares Anforderungsprofil für die Stelle, sind wichtige Weichen schon gestellt. Die geforderten Fähigkeiten und Kompetenzen sowie die dazuge-

hörige Ausbildung und Weiterbildung sind genau definiert. Zu einem Anforderungsprofil gehören jedoch auch Persönlichkeitsmerkmale und -eigenschaften. Unter den bekanntesten sind die «Big Five» (Wikipedia). Diese könnt ihr, liebe Leserin und lieber Leser, im Internet jedoch selber recherchieren...!). Es gibt Hunderte von Seiten über die «Big Five» und ebenso viele Bücher über die Personalrekrutierung... viel Spass bei der Lektüre.

Mein Fokus bei der Personalauswahl richtet sich zuerst auf die

Bewerbungsunterlagen. Sind sie vollständig und ordentlich, um nicht zu sagen «sauber und gepflegt»? Nichts gegen Raucherinnen/Raucher, aber wenn die Bewerbungsunterlagen nach Rauch «stinken», mache ich schon ein erstes Fragezeichen (Online-Bewerbungen sind hier von Vorteil – leider nicht mehr so fantasievoll, dafür geschmacksneutral).

Handy oder Kaugummi

Lade ich die Person zum Vorstellungsgespräch ein, zählt der erste persönliche Eindruck. Kann sie/er

ohne iPhone nicht sein oder noch schlimmer: Es klingelt während des Gesprächs mit einem schrecklichen Ton oder der Kaugummi blitzt beim Sprechen zwischen den Zähnen durch (alles schon erlebt), dann denke ich: Was mache

ICH hier? Gott sei Dank sind dies absolute Ausnahmen. Beim Gespräch will auch ich zu Wort kommen oder Fragen stellen. Ich will nicht unaufgefordert hören, wie gut und perfekt jemand ist – diese Fragen stelle ich dann schon noch. Oder das Gegenteil, jeder einzelne Satz muss wie ein Wurm aus der Nase gezogen werden – mühsam und anstrengend.

Im Allgemeinen sind die Gespräche sehr interessant, informativ und manchmal auch witzig. Mit meiner Erfahrung erkenne ich schnell, ob die Bewerberin/der Bewerber nervös und ängstlich ist, ob sie/er geübt und auch authentisch ist. Mit einer angenehmen Atmosphäre gelingt es mir meistens, die grosse Anspannung der Bewerberin/des Bewerbers zu brechen. Relativ schnell weiss ich: Mit dieser Person möchte ich gerne zusammenarbeiten, die/den will ich «gewinnen», die/der passt zu uns und zum Waidspital!

Zweifel bestätigen sich oft

Sind mein Kopf und mein Bauch jedoch nicht einer Meinung, dann muss ich noch einmal über die Bücher. Dabei hilft mir natürlich auch die Information über den Eindruck, den die Bewerberin/der Bewerber beim Schnuppern auf der Station hinterlassen hat.

Sind meine Wahrnehmungen vom Vorstellungsgespräch mit denen der Stationsleitung und der zukünftigen Kolleginnen und Kollegen von der Station kongruent oder triffen sie total auseinander? Ein weiterer Hinweis im Rekrutierungsprozess kann die Referenzankunft einer aktuellen oder ehemaligen vorgesetzten Person sein.

Mein Gefühl hat mich noch selten im Stich gelassen. Hatte ich bei der Anstellung leise Zweifel, haben sich diese im Laufe der Zeit oft bestätigt. Es lohnt sich auf die «richtige» Person zu warten. Eine fachliche Qualifikation kann (in den meisten Fällen) erworben werden – Persönlichkeitsmerkmale sind oft von tiefer Prägung... Und wie wir alle wissen: Ich kann niemanden verändern, ich kann nur meine eigene Haltung ändern.

Verantwortung des Herzens

In meiner «Karriere» habe ich schon viele Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter unterschiedlicher Berufsgruppen rekrutiert. Auch mit viel Erfahrung ist die Entscheidungsfindung nicht immer glasklar, auch, wenn das Anforderungsprofil mehrheitlich zutrifft. Entscheidungen kann ich nicht nur mit meinem Kopf fällen. Mein Bauch spielt bei der Rekrutierung eine grosse Rolle, ab und zu auch mein Herz... vor allem im Selektionsverfahren der FaGe Lernenden. Mir ist bewusst, dass für die Zukunft dieser jungen Menschen sehr viel auf dem Spiel steht, dass Träume zerstört werden und es Tränen gibt. Das ist für mich die Schattenseite der Personalrekrutierung.

Steffi Wunderlin,
Leiterin Pflege Spezialgebiete

Rekrutierung von Führungspersonen: Der Mensch im Mittelpunkt

Wie findet man gute Chefinnen und Chefs?

Lucia Zett weiss als Leiterin Human Resources, worauf es beim Einstellen von Führungspersonen ankommt.



Lucia Zett, Leiterin Human Resources.

Waldsicht: Lucia, wie erkennt man, ob jemand gut führen kann?

Lucia Zett: Viel kann man schon aus den Zeugnissen lesen und aus dem Werdegang: Gibt es dort eine logische Abfolge und Entwicklung? Was bringt die Person für Weiterbildungen mit? Damit legt man den Boden. Aber das ist alles Papier, und Papier ist geduldig – es kann nicht gerade lügen, aber vielleicht doch etwas anderes meinen lassen, als wirklich ist... Deshalb ist das Gespräch auf jeden Fall der wichtigste Teil im Rekrutierungsprozess.

Wie wichtig ist für dich das Gefühl in diesen Gesprächen?

LZ: Ich folge jeweils gewissen Eckpunkten, frage etwa danach, welche Werte die Person vertritt, und verlange auch Beispiele. Oder ich lege selber Beispiele vor und schaue, wie die Person darauf reagiert. Dabei ist es auch wichtig,

wie jemand menschlich wirkt. Das lässt sich im Gegensatz zum Fachlichen nicht festschreiben, sondern nur herausspüren. Mein Bauchgefühl spielt deshalb tatsächlich eine grosse Rolle. Gerade in unserem Spitalumfeld müssen «Kopfs- und «Herz» stimmen. Der Mensch steht im Mittelpunkt bei den Patientinnen/Patienten und ich finde, er soll auch im Mittelpunkt stehen bei den Mitarbeitenden.

Dann sucht ihr Führungspersonen also passend zum vorhandenen Team?

LZ: Ja, dieses Kriterium ist grundsätzlich sehr wichtig. Manchmal kann es aber auch sein, dass man ein Team entwickeln möchte. In diesem Fall kann ein neuer Chef, eine neue Chefin aus dem Wechselspiel im Team führen, obwohl das gar nicht gewünscht war. Das geschieht, wenn einzelne Teammitglieder sich nicht mit dem neuen Stil identifizieren können – auch wenn wir darauf achten, dass die neue Führungsperson den Werten des Hauses entspricht.

Manche Leute verstehen es, sich im Bewerbungsgespräch bestens zu verkaufen, anderen gelingt das weniger gut. Wie lassen sich Blenderinnen und Blender entlarven?

LZ: Eine Garantie gibt es nie. Man hat eine Stunde Zeit, vielleicht anderthalb, und wenn es weitergeht, noch einmal anderthalb... Das ist nicht viel. Auch im umgekehrten Fall, wenn jemand sehr introvertiert oder nervös ist, kann «das Bild» anders wirken. Ich attestiere mir als HR-Leiterin allerdings schon, dass

ich das herauskristalisieren kann und das vorhandene Potenzial dahinter erkenne. Es gibt zudem gute Instrumente zur Persönlichkeitsanalyse, ohne dass es gleich ein grosses Assessment wird.

Was muss ich mir darunter vorstellen?

LZ: Im Moment nutzen wir bei Bedarf einen halbständigen Online-Test, den wir den Kandidaten zusenden und mit dem wir die Ausprägungen der Persönlichkeitsmerkmale analysieren: Ist jemand zum Beispiel extravertiert, oder arbeitet jemand besser strategisch...? Die Erkenntnisse daraus nutzen wir dann für ein tiefergehendes zweites Gespräch mit der Bewerberin/dem Bewerber.

Ihr führt diese Gespräche zu zweit. Was, wenn ihr euch nicht einig seid?

LZ: Ich bin einfach unterstützend und beratend dabei. Die Entscheidung liegt jedoch bei dem/der Vorgesetzten der gesuchten Kaderperson.

Jemand anderem ein Bauchgefühl als Einstellungs- oder Ablehnungsgrund plausibel zu machen, ist sicher nicht einfach.

Interview: Katja Rauch

Arzt-Patienten-Gespräch: «Shared Decision Making» als Konzept

Gemeinsam die Entscheidung finden

Therapie ja oder nein? Damit sich Patientinnen und Patienten kompetent entscheiden können, müssen ihre Ärztinnen und Ärzte einig sein beachten.

Täglich werden Patientinnen und Patienten mit Fragen hinsichtlich medizinischer Abklärungen und Behandlungen konfrontiert. Soll eine Mammografie zur Suche nach Brustkrebs durchgeführt werden? Soll eine Chemotherapie bei einem metastasierenden Krebsleiden gemacht werden?

Die PatientInnen bilden sich nach Information durch den behandelnden Arzt oder die behandelnde Ärztin eine Meinung und

Wünsche und Werte der einzelnen Person in den Mittelpunkt stellen. Eine patientenzentrierte, also auf die Bedürfnisse und Präferenzen des Patienten zugeschnittene Entscheidungsfindung, sollte stärker in den klinischen Alltag einfließen.

Schulung der ÄrztInnen

Konzepte der gemeinsamen Entscheidungsfindung (Shared Decision Making, abgekürzt SDM), welche beim Gespräch mit den PatientInnen zur Anwendung kommen, sind bei Ärztinnen und Ärzten in der Schweiz jedoch kaum bekannt. Deshalb hat das Stadtspital Triemli ein Fortbildungsprogramm in SDM für Ärztinnen und Ärzte entwickelt. Mehrere KaderärztInnen der Kliniken für Innere Medizin der beiden Stadtspitäler Triemli und Waid wurden im Rahmen eines



müssen dann eine Entscheidung treffen. Im Gespräch stellen ÄrztInnen oft eine erfolgreiche und komplikationsarme Behandlung in Aussicht. Fehlender Nutzen oder sogar möglicher Schaden einer weiterführenden medizinischen Abklärung oder Therapie kommen weniger zur Sprache. Die PatientInnen haben hohe Erwartungen und geben häufig unkritisch ihre Zustimmung.

Eine gute und zeitgemässe Entscheidungsfindung ist allerdings nur möglich, wenn die Ärztinnen und Ärzte ihren PatientInnen Fachwissen verständlich vermitteln sowie transparent Vor- und Nachteile von medizinischen Untersuchungen und Therapieoptionen aufzeigen, die die PatientInnen verstehen und in ihre Überlegungen und Werthaltungen integrieren können. Gerade bei älteren und polymorbiden Patientinnen und Patienten ist es wichtig, bei der Abklärung und Behandlung Prioritäten zu setzen, welche die

Studienprojektes darin geschult. Das Universitätsspital Genf folgt demnach.

Für die Schulung in SDM haben wir eine *pocketcard** geschaffen, welche die gemeinsame Entscheidungsfindung strukturiert und erleichtert. Die *pocketcard* dient den ÄrztInnen in der Diskussion mit den PatientInnen als Gedankenstütze im Sinne einer Checkliste. Die ÄrztInnen stärken mit der Teilnahme an diesem Fortbildungsprogramm ihre Kompetenzen für eine verbesserte Entscheidungsfindung mit ihren Patientinnen und Patienten im klinischen Alltag.

Gleichwertige PartnerInnen

Bei diesem Modell der Entscheidungsfindung gelten Arzt und Patientin prinzipiell als gleichwertige Partner. Medizinische Optionen werden auf gleicher Augenhöhe besprochen. Beide Beteiligten sind Experten in ihrem Bereich: Der Arzt ist Experte der medizinischen Fakten, der Patient ist Experte sei-

ner eigenen Wertvorstellungen, Bedürfnisse und Präferenzen.

Nach Abwägen aller relevanter Vor- und Nachteile von medizinischen Interventionen soll der Patient gemeinsam mit dem Arzt eine gute und sinnvolle Entscheidung treffen. Für den Patienten kann es zum Beispiel ein Gewinn sein, auf die laborchemische Suche nach einem Prostatakrebs zu verzichten oder eine Viertelchen-Chemotherapie nicht durchzuführen.

Vorteile

Bei Shared Decision Making werden Patientinnen und Patienten umfassender und qualitativ besser informiert. Durch ihre aktivere Rolle im Entscheidungsprozess übernehmen sie eine Mitverantwortung und stärken ihre Autonomie. Aufgrund der stärkeren Mitbestimmung sind

Bei diesem Modell werden medizinische Optionen auf gleicher Augenhöhe besprochen.

sie zufriedener mit dem bewusst gewählten Vorgehen, und dadurch halten sie auch die gewählten Therapien besser ein.

Für viele Patientinnen und Patienten mag SDM noch ungewohnt sein. Sie haben vielleicht noch wenig Erfahrung damit, bei der Entscheidungsfindung aktiv involviert zu werden und zum Beispiel kritische Fragen zu stellen. Auch soziale, kulturelle und sprachliche Barrieren können bei einer gemeinsamen Entscheidungsfindung hinderlich sein.

Doch das Fazit ist auf jeden Fall positiv. In der täglichen Praxis sollte vermehrt eine partizipative Medizin zum Zug kommen, sollten die Ärztinnen und Ärzte ihre Patientinnen und Patienten verstärkt in die Entscheidungsfindung mit einbeziehen. Befähigte Patientinnen treffen gemeinsam mit ihren ÄrztInnen kompetente Entscheidungen und tragen die Konsequenzen der Entscheidungen mit.

Dr. Simon Ritter

Eine ausführliche Form dieses Artikels wurde im April 2015 in der Zeitschrift «Thema im Fokus» des Zürcher Medizinischen Instituts Dialog Ethik publiziert.

*Die *pocketcard* für das Shared Decision Making (auf Englisch) kann gegen einen Unkostenbeitrag von 10 Franken bezogen werden bei: Stadtspital Triemli, Karin Basler, Chefärztinsekretariat, Klinik für Innere Medizin, Birmensdorfstrasse 487, 8063 Zürich. Die eingegangenen Beiträge werden an die Stiftung Theodora überwiesen.

Der pflegerische «Instinkt»



Meine Lieben

«Dä Patient fällt mir einfach nid...»

Diesen Satz hört man im Stationsbüro ab und an. Und kaum ist er ausgesprochen, herrscht plötzlich andächtiges Schweigen und die Antennen der Pflegenden sind auf Empfang gestellt. Es geht um das ominöse, sagenumwobene Bauchgefühl der Pflege. Ominös deshalb, weil das unguete Gefühl, welches mich am Patientenbett manchmal beschleicht, nicht messbar und nur sehr schwer erklärbar ist. Genauso, wie man kaum in Worte fassen kann, warum man sich in jemandem verliebt hat. Oder wieso man Gluscht auf Pizza hat. Man fühlt es halt.

Insofern habe ich mir mit der Wahl dieses Artikelthemas ja selber ein Ei gelegt. Selber schuld.

Mir ist mein Bauchgefühl sehr wichtig. Ich bin auch überzeugt davon, dass es für viele gute Taten verantwortlich ist. Und eigentlich möchte ich es umtaufen. Denn das Wort INSTINKT umschreibt es wohl am besten. Aktiviert wird dieser, wenn keine äusserlichen Anzeichen für Komplikationen erkennbar sind und man doch merkt, dass etwas nicht stimmt.

Nicht zu dokumentieren Natürlich spreche ich mit den zuständigen Ärztinnen oder Ärzten auch über mein Gefühl. Aber was sollen sie damit anfangen? Dokumentiert werden kann es irgendwie ja auch nicht. Oder habt ihr schon mal «Pflegende hat kein gutes Gefühl» in einem Verlaufsbericht gelesen? Eher weniger.

Ältere, erfahrenere Ärztinnen und Ärzte (obacht, jetzt bin ich grad ein bisschen frech!) nehmen den pflegerischen Instinkt eher ernst als jüngere. Wahrscheinlich deshalb, weil eben dieses Gefühl schon oft im Verlauf Recht behalten hat.

Die Pflege interveniert immer, wenn der Patient uns «nicht gefällt». Es mag so manchen Arzt erstaunen, aber manchmal überwachen wir die PatientInnen aus eigener Initiative viel mehr, als verordnet wäre. Und ich bekenne mich schuldig, auch sonst schon die eine oder andere Massnahme eigenmächtig durchgeführt zu haben. Mit Freude kann ich aber verkünden: Es hat nie Schaden angerichtet oder un-

nötige Kosten verursacht, sondern den PatientInnen insofern gedient, dass sie sich ernst genommen fühlten und teilweise der Grund unseres Bauchgrimms gefunden werden konnte. Im Optimalfall. Es gab auch andere, bei welchen am Ende Komplikationen das Gefühl im Bauch bestätigt haben. Alles Patienten, die ich wohl nie vergessen werde. Denn sie haben mich gelehrt, auf meinen Instinkt zu hören und auf ihn zu vertrauen.

Durch Erfahrung schärfbar Böse Zungen könnten jetzt behaupten, dass das Gefühl der Pflegenden erst zu Komplikationen führe. Was war zuerst da? Das Gefühl oder die Probleme? Das Huhn oder das Ei?

Falls sich unter der Leserschaft Patientinnen/Patienten oder potenziell Kranke und Verletzte befinden: Das Problem ist zuerst da – aber weder greifbar noch sichtbar. Beim Huhn und dem Ei bin ich mir allerdings weniger sicher. Habs mehr mit dem Menschen als mit dem Geflügel... Ich möchte festhalten: Von Grund auf sind wir Pflegenden sehr optimistisch eingestellt und wir gönnen allen einen komplikationsfreien, kurzen Spitalaufenthalt!

Ich behaupte ganz mutig, dass eben dieses Bauchgefühl, dieser Instinkt, eine «gute» von der «Dienst-nach-Vorschrift»-Pflegefachperson unterscheidet. Und ich glaube auch, dass man das Gefühl nicht antrainieren oder erlernen kann – man kann den Instinkt höchstens durch Erfahrungen schärfen.

Leidenschaft für diesen Beruf ist sehr wichtig! Diese Leidenschaft treibt mich an und schafft mir gleichzeitig auch Arbeit, weil ich meine Gedanken nach Hause direkt unter die Dusche mitnehme und dort versuche, das «Rätsel Patient» zu knacken! Für mich hat das aber nichts damit zu tun, dass ich nicht abschalten oder mich nicht abgrenzen könnte. Es gehört zu meinem Beruf dazu. Und würde ich diese totale Hingabe verlieren, würde ich mir einen anderen Beruf suchen.

Mein Bauch ist ein wichtiges Werkzeug für mich. Ein treuer Partner. Denn in 17 Jahren Berufserfahrung hat er mich noch nie betrogen! Und auch wenn er optisch nicht immer ganz meinem Wunsch entspricht: Ich liebe meinen Bauch.

Jeanine Nigg

Die Patientenbibliothek: Auch für Mitarbeitende

Neubeginn mit «frischen» Büchern!

Die Patientenbibliothek ist von Grund auf erneuert worden. 700 Bände mit spannender, anregender, genussreicher Literatur warten auf Sie.

Lange staubte sie ganz still und leise vor sich hin und wurde nur wenig genutzt. Wer sich dennoch hineinwagte, bereute es schnell wieder: Zu wenig attraktiv, zu alt, zu schlecht erschlossen war der Bestand. Kein Wunder sanken die Ausleihzahlen gegen Null.

Die Rede ist von unserer Patientenbibliothek, seit jeher ein Teil der medizinischen Bibliothek, die sich in unmittelbarer Nähe zum Kongressforum und gegenüber dem Zentrallabor befindet. Die Fragen zur Zukunft der Patientenbibliothek waren schnell gestellt: Braucht es sie noch im Zeitalter der E-Books und Hörbücher, der Smartphones und Tablets? Werden gedruckte Bücher während eines Spitalaufenthalts überhaupt noch gelesen? Bringen die Patientinnen und Patienten nicht lieber ihre eigene Literatur mit, schauen Fernsehen oder hören Musik? Es sprach also einiges für die völlige Abschaffung der Patientenbibliothek und somit die Entsorgung des veralteten Bestands.

Vorteil gedruckter Bücher

Doch irgendetwas sträubte sich in unseren empfindlichen «Bibliothekaren-Seelen» dagegen. Nicht etwa,



Die Patientenbibliothek

- Wer:** Für alle Patientinnen und Patienten sowie Mitarbeitende des Waidspitals.
- Wo:** Am Eingang zur Bibliothek (hinter Kongressforum, gegenüber dem Zentrallabor).
- Wann:** Von Montag bis Freitag, 9 bis 16 Uhr.
- Was:** 700 Bücher (Belletristik und Sachbücher), davon 160 Krimis und 40 Hörbücher.

dass wir neue Entwicklungen in der Medienlandschaft ablehnen würden, ganz im Gegenteil. Aber es gibt ja auch immer wieder erstaunliche «Gegenbewegungen». Bestes Beispiel dafür ist die aktuelle Renaissance der guten alten Vinyl-Schallplatte: Wer hätte das gedacht bei Einführung der CD vor rund 30 Jahren! Beim E-Book scheint das jetzt viel schneller zu gehen: Nach einer relativ kurzen Phase der Euphorie über die vielen platzsparend gespeicherten Bücher auf kleinen elektronischen Geräten stellt sich auch eine gewisse Emüch-

terung ein. Das fängt an bei den verschiedenen Anbieter-Plattformen für E-Books, die eine einfache Weitergabe zwischen den Geräten und Lesenden erschweren, geht weiter über die immer noch nicht ermüdungsfreie Benutzung der kleinen

Bildschirme, die Abhängigkeit von Stromquellen, bis hin zum nicht ganz unkomplizierten Einsatz der empfindlichen Geräte an sonnigen, sandigen oder feuchten Lesepätzen. Es lassen sich also durchaus noch Argumente finden für das gedruckte

Buch. Dem macht es nur wenig aus, weitergegeben und von vielen gelesen zu werden, es kann auch mal runterfallen oder sogar nass werden ohne Totalschaden zu nehmen.

Gute Literatur bekommen

Diese und andere Überlegungen brachten uns schliesslich dazu, die Patientenbibliothek nicht abzuschaffen, sondern deren Bestand komplett zu erneuern. Zufällig bekamen wir dann kostenlos gut erhaltene Literatur angeboten, die nach sorgfältiger Sichtung und Auswahl als Grundlage für die neue Patientenbibliothek dient. Und so sind wir jetzt stolz auf ein ausgewogenes und vielseitiges Literaturangebot, das recht rege genutzt wird. Neben spannenden Kriminalromanen haben wir auch anspruchsvolle Werke im Angebot, etwa von Max Frisch oder Javier Marias. Schenkungen machen es möglich, dass wir auch künftig aktuell bleiben. So haben wir bereits einige Romane des letztjährigen französischen Nobelpreisträgers für Literatur, Patrick Modiano, im Bestand. Wer diesen Autor noch nicht kennt, darf ihn gerne bei uns entdecken und sich selbst davon überzeugen, dass er den Nobelpreis tatsächlich verdient hat. Lassen Sie sich von uns beraten und überraschen: Ein Besuch unserer neuen Patientenbibliothek, die übrigens auch allen Mitarbeitenden des Waidspitals zur Verfügung steht, lohnt sich ganz bestimmt!

Gerald Vogel, Bibliothekar



Chefapothekerin Margret Dieterich im Gespräch mit Stand-Besuchenden.

Alte Medikamente: Wie weg?

Am GUD-Kaderforum vom 17. März im Stadtspital Triemli zeigte unsere Spitalapotheke, wie zurückgebrachte Medikamente sicher entsorgt werden.

490 Kilo Medikamente aus dem Waidspital und aus den städtischen Pflegezentren müssen pro Jahr entsorgt werden. In unserer Spitalapotheke werden sie dafür in minutiöser Handarbeit aussortiert. Viele gewöhnliche Medikamente lassen sich zwar ohne Gefahr für die Umwelt in der normalen Kehrichtver-

brennung vernichten. Doch auch in einem banalen «0815»-Medikament können Substanzen enthalten sein, deren Moleküle bei normalen Verbrennungstemperaturen nicht zerstört werden, sondern erst im speziellen Hochtemperaturofen. «Für diese Sortierung», erklärt die Leiterin der Spitalapotheke Margret Dieterich, «muss ich die Inhaltsstoffe kennen. Wenn ich jedes Medikament erst nachschauen müsste, würde das viel zu lange dauern.» Schon so brauche eine Apothekerin jeden Tag etwa eine halbe Stunde für die Medikamentensortierung. Auch Jod ist übrigens sehr umweltschädlich im Abfall und daher, wie auch Schwermetalle, speziell

zu beseitigen. Ebenso werden andere Chemikalien gesammelt und schliesslich als Gefahrgut mit Begleitschein abtransportiert. Für Betäubungsmittelreste wie etwa Morphinium wiederum lautet die Vorschrift, dass sie genau registriert werden müssen, um mögliche Missbräuche während des Entsorgungsprozesses auszuschliessen. Der Informationsstand des Waidspitals zur Medikamentensortierung gehörte zum «Markt der Ideen», in dem die verschiedenen Dienstabteilungen des GUD dem Publikum des Kaderforums aufzeigten, wie sie ihre tägliche Arbeit umweltverträglich gestalten.

Katja Rauch

LESERBRIEF Unser innigster Dank!

Unsere 88-jährige Frau und Mutter Cilla Wolf wurde am 8. Oktober 2014 ins Stadtspital Waid eingeliefert. Sie kam in die Klinik für Akutgeriatrie wegen eines Hirninfarkts. Am 4. Februar 2015 wurde sie entlassen. Dies waren insgesamt 119 Tage oder fast vier Monate im Spital.

Dem ganzen Pflegepersonal senden wir hiermit unseren innigsten Dank für die Pflege, die meiner Frau, unserer Mutter mit so viel Geduld und Hingabe zuteil wurde. In dieser langen

Zeitspanne standen wir unter der persönlichen Betreuung von Frau Dr. Barbara Weil. Sie hat nicht nur die Patientin, sondern mit dazu die ganze Familie einbezogen. Ihre Geduld, Sorge und Hingabe kannten keine Grenzen. Es ist schwer, alle Nuancen des Danks in Worte zu kleiden. Möge der folgende Text unsere Gefühle zum Ausdruck bringen.

Moses Wolf und Töchter:
Doris Goldstein,
Beatrice Lazega, Ruth
Draenger und
Sulamith Liechtenstein

*Some people seem to specialize in doing thoughtful deeds
Before you ask, they understand your problems and your needs*

*Quietly they do their best to help, inspire, and cheer
And everything looks brighter right away because they're near*

*They always have a lot to do but still find time to spare
To listen and to give advice because they really care*

*They help because they want to; they find joy in being kind
And making others happy is the first thing on their mind*

*They make this world a better place by practicing the art
Of reaching out to others, and giving from the heart*

THANK YOU DR. WEIL

Erstmalig: Pflege-Studierende aus der EU lernen im Stadtspital Waid

Staunen über die Unterschiede

18 Pflege-Studierende (Bachelor in Nursing) aus Belgien, Deutschland, Norwegen, Schweden, Serbien, Spanien, England und der Türkei besuchten uns im März.



Die Gruppe der Studierenden aus der EU mit Prof. Dr. Maria Müller Staub (Mitte) und Elisabeth Mattle (rechts).

Der Besuch aus der EU fand im Rahmen des «European Nursing Modul» (ENM) an der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften (ZHAW), Institut für Pflege, statt. Während eines Tages konnten die Gäste durch Vorträge vom Waidspital lernen und durch einen Einblick in den hiesigen Spitalalltag profitieren.

Nach der Vorstellung der Schweizer Bildungssystematik durch die Leiterin Aus- Fort- und Weiterbildung Silvia Villingger sowie Ausführungen zum Skills- und Grademix durch Susanne Patterson, diplomierte Pflegefachfrau, folgten heisse Diskussionen über den Einsatz der verschiedenen

Berufsgruppen im Pflegebereich. Manche Länder haben ähnliche Unterscheidungen, für andere war dieser Mix fremd. Die Unterschiede zwischen einer diplomierten Pflegefachfrau und einer Fachangestellten Gesundheitswesen kamen im gesamten Tagesverlauf immer wieder zur Sprache. In Schweden ist diese

Zusammensetzung der Pflegeteams gängig – man nennt die FaGe dort übersetzt «Udemurse».

Wie wichtig die Pflege als Profession ist, haben die Präsentationen von Prof. Dr. Maria Müller Staub eindrücklich gezeigt. Eine Studierende kommentierte: «I think it is interesting the way Maria Müller

pointed out in which dimension a professional nurse thinks and acts – she was really proud of being a nurse and not just an assistant to the doctor. Nursing is a profession with its own body of knowledge. I think I will be more aware of the importance of the nursing profession in the future.»

Die Studierenden staunten über den Einsatz von technischen Geräten. Die Pflegeexpertin APN Jeannine Altherr stellte den Mobility Monitor, dessen Einsatz und die wissenschaftliche Evaluation vor. Beim Hausrundgang wurden dieser sowie die Alarmmatten auf dem Boden zum beliebten Fotosujet. Am liebsten hätten einige solche Matten nach Hause genommen!

Mit Interesse verfolgten die Studierenden auch, wie Jeannine Nigg die elektronische Dokumentation des Pflegeprozesses vorführte.

Wir bedanken uns sehr herzlich für den ermöglichten Lerntag und schätzen sehr, dass verschiedenste Fachpersonen des Waidspitals in Englisch Vorträge hielten. Ebenso freuten sich die Studierenden über die Gastfreundschaft, welche durch die Willkommensansprache der Direktorin Bereich Pflege Alexandra Heilbronner und einen abschliessenden Apéro unterstrichen wurde. Susan Schärli, Koordinatorin European Nursing Module 2015, ZHAW Institut für Pflege

10. März 2015

Frühlingsputz im Fischteich

Alle Jahre wieder: Rein in Schutz hose und Gummistiefel und raus mit dem Schlamm.

Andy Brantschen steht im Dreck. «Schöne Arbeit!», witzeln ein paar Pausengängerinnen und -gänger von oben. Der Gärtner lacht: Ja, wenn nicht alle ihren Kommentar dazu abgäben! Dann würde er diese Arbeit in der herrlichen Frühlingssonne tatsächlich geniessen.

Die Teichreinigung findet in diesem Jahr früher statt als sonst. Bei dieser schnellen Wärme werden wohl bald schon die Kröten und Frösche aus ihrem Winterschlaf hervorkriechen, und sobald sich ihre Laichschnüre und -haufen durchs Wasser ziehen, ist es zu spät...

Für die Natur mit all ihren Insektenlarven wäre es eigentlich am

besten, der Teich würde gar nicht gereinigt. Doch ohne Frühlingsputz würde sich der hübsche Weiher in einen Matschtümpel wandeln, so sehr lassen die herabfallenden Blätter und absterbenden Pflanzen die Schlammdecke auf dem Grund alljährlich wachsen.

Bevor Andy Brantschen das Wasser ganz ablässt, fischt er die Goldfische heraus und lässt sie in einem mit Wasser gefüllten Kübel gleiten. «Da! Einer ist aus dem Netz gesprungen», ruft einer von oben. Das ist doch mal ein nützlicher Beitrag... Das winzige Fischlein liegt hilflos im Schlack und wird «aufatmen» (wie sagt man bei Fischen?), als es Andy vorsichtig aufnimmt und zu den anderen in den Eimer gibt. «Auch ein kleiner Fisch ist ein Fisch», sagt er liebevoll zu ihm.

Aus den ursprünglich 30 roten Goldfischen sind inzwischen gegen

200 geworden. Offiziell gefüttert werden sie nicht, «sonst vermehren sie sich noch schneller!», wie Chefgärtner Charly Schmidt befürchtet. Einzige ein Patient oder eine Besucherin werfe hie und da mal etwas Brot hinein, ansonsten genügt ihnen die teicheigene Flora und Fauna.

Die Fontäne und der kleine Bach beim Teich werden übrigens von einer Umwälzpumpe angetrieben. Es fliesst immer wieder das gleiche Wasser hindurch. Nur wenn zu viel verdunstet ist, wird automatisch frisches Leitungswasser zugeführt, um den Pegel zu halten.

Ach, und wen haben wir denn da? Eine schlammbräune, warzige Kröte landet im zweiten bereitstehenden Rettungskübel. «Küssen bitte! Dann bekommen wir einen Waid-Prinzen...» Oh nein, ganz sicher nicht – wir wollen doch Herrn Furler nicht noch Konkurrenz erwachsen lassen. Katja Rauch



Einer arbeitet und fünf kontrollieren ...

Neue Gäste im Teich

20. April 2015: Der erste Ausflug ist für unsere Entenfamilie ein gefährliches Abenteuer. 12 junge Entchen machen sich aus dem vertrauten Nest auf dem Dach des Kongressforums auf in die grosse, weite Welt. Mama fliegt vom Dach auf die Wiese und die Jungen, welche noch nicht fliegen können, plumpsen, eines nach dem anderen, drei Meter vom Dach runter. Die Hälfte des Nachwuchses steht benommen in der Wiese, die anderen wissen auf dem Dach nicht mehr weiter und trotz Rufen der Mutter trauen sie sich nicht zu springen. Schliesslich werden sie von

Tamara, die ihr Büro gleich dort hat, gerettet. Die ganze Schar marschiert daraufhin zum Bächli und landet prompt auf der Wunderli-Strasse. Erneute Hilfe durch Charly, den Gärtner. Dann marschiert aber Mama schnurstracks zu unserem Fischteichli. Dort zeigt ihnen Mamaente vor, wie man schwimmt, und die ersten Entchen werden von den nachfolgenden ungeduldig ins Wasser geschupst, bis alle zufrieden schwimmen. Hoffen wir, dass viele von ihnen die ersten Tage überleben. Diese Frühlingsaktion hat auch letztes Jahr stattgefunden. Roland Brändli



NEUES AUS DER PFLEGE

«Früher und Heute» auf der Inneren Medizin

Wie in der chirurgischen Pflege (siehe letzte Waldsicht) ist auch in der Medizinischen Klinik die Zeit nicht stehen geblieben.

Vor 20 Jahren gab es zum Beispiel auf der Medizin noch keine PEG-Sonden. Patientinnen und Patienten, die nicht schlucken konnten, wurden mit einer nasalen Magensonde versorgt und ernährt und nach einigen Wochen Behandlung und Pflege in Anschlussinstitutionen verlegt.

Für die diversen Endoskopen mussten keine venösen Zugänge gelegt werden, die PatientInnen wurden in die Untersuchung gebracht und wieder geholt und gemäss entsprechendem Schema nachbetreut. Heute braucht jeder Patient für solche diagnostische (oder auch therapeutische) Eingriffe einen venösen Zugang, möglichst am Morgen früh frisch gelegt mit einer laufenden Infusion. Wenn dann fünf PatientInnen für solche Untersuchungen vorgesehen sind, heisst es am Morgen als erstes «Wer kommt wann dran und wie viel Zeit hab ich noch und hat der Patient wohl gute Venen?» Im Rahmen der modernen «Optimierung der Prozesse» schaut man schnell auf die Polypoint-Liste und stellt sich auf 11 Uhr ein, um dann den Patienten doch um 9.15 schon in die Untersuchung zu bringen, weil kurzfristig eine Programmänderung stattgefunden hat.

Früher hatte die Patientin nach einem solchen Eingriff ein paar Tage Pause zur Erholung, bis die nächste Untersuchung bevorstand. In der Zwischenzeit konnten wir Pflegenden sie bezüglich ihrer wieder aufkommenden Ängste betreuen und besänftigen. Heute finden unter Umständen die Magenspiegelung und die Darmspiegelung hintereinander statt, dafür kommen die Patientinnen und Patienten zurück und meinen, sie seien noch gar nicht dran gewesen, weil sie dank der guten Sedation (und dazu braucht es den Zugang) kaum etwas oder gar nichts gemerkt haben.

Für die verschiedenen Verfahrenswesen bezüglich Vorbereitung zu Untersuchungen gab es ein «Handbuch», einen grossen Ordner mit viel Inhalt. Vor lauter teilweise schon alten Papieren ist er manchmal sogar auseinandergefallen. Neue Mitarbeitende mussten sich darin zurechtfinden, die «alten» wussten alles auswendig. Heute benutzt man das Intranet und die neuen Mitarbeitenden verzweifeln manchmal etwas daran, weil sie nicht finden, was sie suchen.

Früher wurden Rapporte abgehalten, jede/r hat im Wechsel

vom Früh- zum Spätdienst seine/ihre Patientinnen und Patienten kurz vorgestellt und übergeben. Dies war ein gutes Übungsfeld auch für Lernende, man musste dabei Kompetenz «preisgeben», nämlich, ob man die Patientensituation verstand und den Überblick hatte. Ab und an wurde dann korrigiert und man hat daraus gelernt. Heute liest man sich in die Dokumentation ein und verbalisiert bei einer Schicht-Übergabe noch das «Wichtigste» – man muss sich nicht mehr im Kreise des Teams, wie es heute heisst, «routen».

Für die diversen Endoskopen mussten keine venösen Zugänge gelegt werden, die PatientInnen wurden in die Untersuchung gebracht und wieder geholt und gemäss entsprechendem Schema nachbetreut. Heute braucht jeder Patient für solche diagnostische (oder auch therapeutische) Eingriffe einen venösen Zugang, möglichst am Morgen früh frisch gelegt mit einer laufenden Infusion. Wenn dann fünf PatientInnen für solche Untersuchungen vorgesehen sind, heisst es am Morgen als erstes «Wer kommt wann dran und wie viel Zeit hab ich noch und hat der Patient wohl gute Venen?» Im Rahmen der modernen «Optimierung der Prozesse» schaut man schnell auf die Polypoint-Liste und stellt sich auf 11 Uhr ein, um dann den Patienten doch um 9.15 schon in die Untersuchung zu bringen, weil kurzfristig eine Programmänderung stattgefunden hat.

Früher hatte man genug Zeit, den Austritt zu planen und an Kleider und ähnliches zu denken, und der Sozialdienst hat die Transporte für die PatientInnen mit den jeweiligen Anmeldungen gleich mitorganisiert. Heute muss die Pflege die teilweise komplizierten Transporte unter Berücksichtigung aller Details wie Wünsche, Zustand und Befindlichkeit, Hilfsmittel und medizinische Notwendigkeiten (zum Beispiel Transporte mit Sauerstoff) selber organisieren, und dies häufig von heute auf Morgen. Im Rahmen der modernen Optimierung unserer Prozesse zur Vollständigkeit und Regelung der Abläufe kommt es dann manchmal vor, dass der Patient schneller auf dem Heimweg ist, als uns lieb ist – dafür verbleiben die Arzt- und Pflegepapiere noch auf der Abteilung, zusammen mit der Unterhose, dem Handy und den Medikamenten des Patienten, die er in der Eile in seinem Kasten vergessen hat.

Die Pflege auf der Medizin ist interessant, abwechslungsreich und sehr anspruchsvoll – nur schon bezüglich der medizinischen Diagnosen. Früher stand in der Diagnose-Liste «Nierenversagen, akute Niereninsuffizienz» und wir konnten etwas damit anfangen – heute steht AKI- RIFLE, oder SIRS und MCI und wir müssen das Internet konsultieren, damit wir wissen, worum es geht.

Anita Eugster, Pflegeexpertin
Medizinische Klinik

«Der Rapport war ein gutes Übungsfeld für Lernende. Sie mussten dabei Kompetenz preisgeben, das heisst zeigen, ob sie die Patientensituation verstanden und den Überblick hatten.»

Seelsorge für Menschen mit Demenz

Wenn die Sprache zerbricht



Das Gespräch gilt als das zentrale Medium der Kommunikation. Durch eine fortgeschrittene Demenzerkrankung wird es jedoch stark eingeschränkt. Wie kann die Kommunikation mit demenzkranken Menschen dennoch gelingen?

Entfalten, zuhören und Orientierung geben – das sind drei wichtige Stichworte in der Begegnung mit Menschen mit Demenz.

Es geht darum, gemeinsam mit den Betroffenen in ihre innere Lebenswelt hineinzugehen. Sprechen ohne Hektik, mit einfachen Worten und Augenkontakt: Auf diese Weise wird eine vertrauensvolle und wertschätzende Atmosphäre aufgebaut. Mit ein wenig Geschick und Erfahrung kann es zum Beispiel auch hilfreich sein, bestimmte Worte zu wiederholen, die im Leben der Person eine wichtige Rolle spielen.

Weniger Schmerz durch Zuhören

Zudem, wahrscheinlich ist das sogar zentral, ist geduldiges Zuhören nötig. Allein schon durch beharrliches und ruhiges Zuhören kann bei Menschen mit Demenz manch seelischer und / oder körperlicher Schmerz verringert werden. Die Kommunikation ist nicht allein von der Fähigkeit des verbalen Kommunizierens abhängig. Diejenigen, die nur eingeschränkt reden können, vermögen sich besser auszudrücken, wenn ihnen jemand wertschätzend zuhört. Und bei voller Aufmerksamkeit und Achtsamkeit kann womöglich auch das

wahrgenommen werden, was die Person mit Demenz ohne Worte mitteilen möchte.

Auch das eigene Verhalten ist als Orientierungshilfe wichtig. Betroffenen, die selbst nicht mehr zu sprechen im Stande sind, kann man mitteilen, was man selber sieht, fühlt oder tut. Das kann auch ihnen dabei helfen, sich zu orientieren. Unzutreffende oder falsche Aussagen von ihnen sollten dabei nicht grundsätzlich korrigiert werden. Wirkungsvoller ist es, der demenzkranken Person Orientierungshinweise zu geben, die sie positiv erfährt und gerne annimmt. Zum Beispiel indem man ihr langsam ihren Namen vorspricht oder ihr mitteilt, woher man sich kennt oder wo die Person derzeit wohnt oder sich aufhält. Vielleicht kann Orientierung sogar gerade dadurch gegeben werden, indem das Gegenüber im Gespräch eben ganz bewusst nicht korrigiert wird.

Erinnerungen wachrufen

Ferner können manchmal einfach formulierte und kurze Fragen Erinnerungen wachrufen, die zu Gesprächen anregen. Etwa: «Was hat es damals zu Weihnachten bei Ihnen zu essen gegeben?», «Wie ging es damals bei Ihnen zu Hause zu und her?», «Wo sind Sie zur Schule gegangen?», «Wann haben Sie Geburtstag?». Grundsätzlich sollte bei solchen Fragen jedoch berücksichtigt werden, dass bei demenzkranken Menschen nicht der Eindruck entsteht, er würde verhört, ausgehört, geprüft oder auf seine Fähigkeiten hin getestet.

Grenze der Sprache, aber nicht der Seelsorge

Als Seelsorger im Spital ist die Sprache für mich selbstverständlich

ein wichtiges Medium. Ich habe aber auch die Erfahrung gemacht, dass in der seelsorglichen Begegnung mit Menschen mit Demenz die Sprache nicht immer das wirkungsvollste Medium ist. Glücklicherweise gibt es auch andere effektive Möglichkeiten für einen seelsorglichen Austausch oder eine seelsorgliche Begegnung mit Menschen mit Demenz. So können beispielsweise das langsame Sprechen eines bekannten Gebetes wie das Vaterunser, das gemeinsame Singen alter Kirchenlieder, das auditive und visuelle Mitverfolgen religiöser Rituale und Zeichenhandlungen in den Gottesdiensten an Sonn- und Feiertagen im Spital oder im Rahmen einer Segnung oder Salbung sehr wertvolle Hilfen sein, um Menschen mit Demenz eine vertraute Umgebung zu ermöglichen, die Sicherheit, Orientierung und Geborgenheit schenkt.

Menschen mit Demenz zeigen mir als Pfarrer, Seelsorger und Theologe, dass der Glaube auch ohne erklärende und definierende Worte gut auskommen kann. Gott sei Dank! Und möglicherweise «braucht» unser Glaube sogar etwas Naivität und die Bereitschaft, sich auf das Unbegreifliche einzulassen, das man eben nicht in Worte fassen kann.

Oliver Stens
Kath. Pfarrer und Spitalseelsorger

Pflegeexpertin Spezialgebiete: Eine neue Schlüsselposition

Verknüpfung von Pflegepraxis und -forschung

Seit dem 1. Februar 2015 arbeitet mit Francisca Pérez auch in den Spezialgebieten eine Pflegeexpertin.



Francisca Pérez.

Nach meiner Ausbildung als Pflegefachfrau in St. Gallen habe ich einige Jahre auf einer neurochirurgischen-orthopädischen Abteilung gearbeitet. Der anschliessende Nachdiplomstudiengang in Intensivpflege bildete die Basis für meine mehrjährige Tätigkeit in der Pflege und Betreuung von intensivmedizinischen PatientInnen auf interdisziplinären Intensivabteilungen. Es folgte ein breitgefächertes Exkurs als Projekt- und Qualitätsmanagerin

in der klinischen Forschung, wo ich die Durchführung von Studien plante. Danach begann ich das Studium des Bachelors in Nursing. In meiner nachfolgenden Aufgabe als Pflegeexpertin war die klinische und pflegeprozessführende Beratungsfunktion bei stationären und

ambulanten PatientInnen im Spital eine der Hauptaufgaben. Zurzeit besuche ich in Teilzeit das Studium «Master of Nursing in Applied Research» bei der Kalaidosfachhochschule in Zürich.

Als Pflegeexpertin APN Spezialgebiete im Spital Waid sind meine Kernaufgaben die klinische Entwicklung der Pflege und die konzeptuelle Qualitätssicherung in der interprofessionellen patientenzentrierten Betreuung. In den ersten vier Wochen im Waidspital habe ich viele Personen in Schnittstellenpositionen kennen gelernt und ich bekam einen ersten Einblick in die vorhandenen Ressourcen. Ich freue mich auf die weiteren Herausforderungen.

Francisca Pérez

Zentrale Betriebsdienste: Teamleiter Allan Cabaya stellt sich vor

Hoffentlich viele Begegnungen mit einem Lachen

Seit Januar 2015 arbeitet Allan Cabaya als Teamleiter Notfallaufnahme und Administration im Waidspital.



Allan Cabaya.

Auf den Philippinen begegnet man sich immer mit einem Lachen. Geboren und aufgewachsen bin ich im Kanton Aargau im schönen Erzbachtal. Nach der Detailhandelslehre erkundete ich die Welt. Zu meinen Favoriten zählen die Seychellen, Malediven und die Philippinen. In meiner Freizeit ist mir der Sport sehr wichtig. Als ehrenamtlicher Mentor begleite ich zudem leistungsschwache Jugendliche auf ihrem Weg der Lehrstellensuche.

Bei der Fluggesellschaft Qatar Airways war ich Systemtrainer und Ansprechpartner für Serviceleistungen am Boden. Die Begegnung mit verschiedenen Kulturen bereitet mir viel Freude. In den letzten vier

Herausforderung hier ist das neue System für die Patientenaufnahme, «HOSPIS New Generation». Als Supervisor darf ich bei der Gestaltung der Schulungsunterlagen mitwirken und auch die Schulung für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter durchführen.

Ich lege sehr grossen Wert auf serviceorientiertes Denken, für externe wie auch interne Kundinnen und Kunden sowie für unsere Patientinnen und Patienten. In einer Zeit mit viel Wandel in der Technik wie auch in der Betriebswirtschaft bin ich überzeugt, mit diesem Team jede Hürde zu meistern. Ich wünsche uns gelungene interdisziplinäre Zusammenarbeit und hoffe auf interessante Begegnungen mit einem Lachen.

Der Abteilung Zentrale Betriebsdienste danke ich für die offene und herzliche Aufnahme.

Allan Cabaya

Im Waidspital bin ich Teamleiter für die Notfallaufnahme und Administration. Meine erste

DIE TREUEN

Danke für die jahrelange Mitarbeit



Marlen Meier-Koch.



Monica Gomes.



Magdalena Geiger, Vigneswaran Markandu.

10 DIENSTJAHRE
Arbenita Hajdari-Halimi, Pflegeassistentin mit FA, Station EF3, am 31. März

OPS, Operationsabteilung, am 31. März

Venseda Mekaca, Pflegeassistentin mit FA, Chirurgische Privatstation FG3, am 31. März

Darinka Tatalovic Aleksic, Spitalärztin, Arztendienst Radiologie, am 30. April

15 DIENSTJAHRE
Rosa Fraefel, Stationssekretärin, Chirurgische Privatstation FG3, am 5. März

25 DIENSTJAHRE
Shpenzije Velia-Muharemi, Dipl. Pflegefachfrau HF, Pflege Nephrologie, am 31. März

Marlen Meier-Koch, Dipl. Pflegefachfrau HF FA Notfall, Notfallstation, am 31. März

Vigneswaran Markandu, Mitarbeiter Gebäudereinigung, am 31. März

20 DIENSTJAHRE
Magdalena Geiger-Külling, Stv. Leitende Pflegefachfrau

30 DIENSTJAHRE
Gabriela Irminger, Pflegeassistentin mit FA, Projektleitung Personal Pflegebereich, am 30. April

Weiterbildung Pflege



Folgende Personen haben die Ausbildung als diplomierte Pflegefachfrau HF/diplomierter Pflegefachmann HF mit Erfolg abgeschlossen:

Bettina Boltshauer
Caroline Civelli
Stefania Giardino
Beatrice Hafner
Nadja Locher
Slavisa Milenkovic
Zkyia Mohamedsalih
Ines Zanelli

Sara Vetter hat Ende Februar 2015 das Nachdiplomstudium Notfallpflege mit Erfolg abgeschlossen. Das Thema ihrer Abschlussarbeit lautete: «Der aussergewöhnliche Todesfall einer 28-jährigen Frau – Bewältigungsstrategien auf der Notfallstation».



Wir gratulieren Ihnen ganz herzlich und wünschen Ihnen für die Zukunft alles Gute!
Alexandra Heilbronner, Direktorin Bereich Pflege

Sonnenfinsternis, 20. März 2015



IMPRESSUM

Waldsicht Nr. 3/2015 Mai
Personalzeitung des Stadtspitals Waid

Herausgeberin
Spitaldirektion Stadtspital Waid

Redaktion
REDAKTIONSAUSSCHUSS:
Katja Rauch, Redaktorin; Karin Bögli, Leiterin Direktionsstab

REDAKTIONSMITGLIEDER:
Herbert Bachofner, Technischer Dienst;

Roland Brändli, Spitalfotograf; Dr. Stefan Christen, Chefarztstellvertreter Medizinische Klinik; Andreas Jaeger, Informatik; Dr. Tina Köhn-Wellhauser, Spitalärztin Chirurgisches Ambulatorium; Verena Landmann, Pflegefachfrau Überwachungsstation; Jeannine Nigg, Pflegefachfrau Station AB1; Steffi Wunderlin, Leiterin Pflege Spezialgebiete

Fotos
Roland Brändli

Gestaltung
bbdesign, Zürich

Druck
Neidhart + Schön, Zürich

Redaktionsadresse
Waldsicht, Tüschstrasse 99, 8037 Zürich
waldsicht@waid.zurich.ch,
Tel: 044 366 22 75

Auflage: 2000 Exemplare

Zurich-meets-tanzania.com: Der neueste Einsatz im März 2015

Das Projekt trägt Früchte

In der Chirurgie am tansanischen Mbalizi-Hospital sind schon erfreuliche Fortschritte festzustellen.

Bereits zum dritten Mal seit 2012 ist ein Team mit Ärztinnen und Ärzten aus dem Stadtspital Waid und anderen deutschschweizer Kliniken im südlichen Hochland von Tansania am Mbalizi-Hospital im Einsatz. Erstmals sind auch eine Gynäkologin und mit mir ein Kardiologe vor Ort.

Im 200-Betten-Spital in der Nähe der Stadt Mbeya wird die medizinische Grundversorgung für eine Region in der Grösse des Kantons Zürich erbracht. Dies beinhaltet das gesamte Gebiet der Chirurgie und der Inneren Medizin, immer adaptiert auf afrikanische Verhältnisse. Chirurgisch liegt der Schwerpunkt in der Versorgung von Knochenbrüchen und deren Komplikationen. Medizinisch wird das ganze Spektrum behandelt, dabei liegen die Schwerpunkte in der Umsetzung der WHO-Programme für HIV (Aids), Tuberculose und Impfungen. Von den klassischen «tropischen» Erkrankungen sind einzig Malaria und Typhus regelmässig zu behandeln. Zudem finden am Spital auch gegen 4200 Geburten pro Jahr statt, wobei zirka 1000 Babys mit Kaiserschnitt geboren werden.

Ärzte mit drei Jahren Studium
Das Spital ist grundsätzlich sehr gut organisiert, das Personal erhält regelmässig die Löhne vom Staat, die Infrastruktur steht und wird auch unterhalten. Trotzdem fehlt es an allen Ecken und Enden an technischen Geräten, Medikamenten und Verbrauchsmaterial. Das Hauptproblem ist aber das fehlende Wissen. Bei sechs tansanischen Ärzten (drei Jahre Studium an der Universität) und einer englischen Allgemeinmedizinerin für das ganze Spital ist gut vorstellbar, wo Mangel herrscht. Das Pflegepersonal wird in der angegliederten Pflegeschule ausgebildet, so dass hier grundsätzlich kein Personalmangel besteht.



Eine englische Allgemeinmedizinerin ist fest vor Ort.



Konzentrierte Zusammenarbeit.

Im Wissenstransfer liegt auch die grundsätzliche Idee des ganzen Projektes. Dass die Bemühungen bereits Früchte tragen, kommt im diesjährigen Einsatz erstmals stark zum Ausdruck. Dr. Kimaro, der ärztliche Direktor und einer der tansanischen Chirurgen, hat in zwei Aufenthalten am Waidspital im 2013 und 2014 gelernt, Knochenbrüche mit moderner Operationstechnik zu versorgen. Die Traumatologen um Dr. Christoph Meier sehen nun etliche gut verheilte Knochenbrüche, die Dr. Kimaro in den letzten neun Monaten selbständig operiert hat.

Die komplexeren Fälle hat Dr. Kimaro für den jetzigen Einsatz der Schweizer Chirurgen aufgespart. Während zwei Wochen operieren sie zusammen mit den afrikanischen Ärzten vier bis sechs Patientinnen und Patienten pro Tag. Dabei steht leider immer wieder die Behandlung von schweren Infektionen von Knochen und Weichteilen im Vordergrund. Die



Versorgungen von grossen offenen Wunden nach Verbrennungen wird auch erstmals mittels Eigenhauttransplantation angegangen. In diesem Gebiet soll der nächste Ausbildungsschwerpunkt für die tansanischen Ärzte liegen.

Hitze im unklimateisierten OP

Neben den Traumachirurgen ist auch ein viszeralkirurgisches Team (Bauch- und Weichteilchirurgie) um Dr. László Veréb-Amolini aus dem Stadtspital Waid am Operieren. Sie konzentrieren sich in erster Linie auf die Entfernung von grossen Strumen (Kröpfen), welche den Patientinnen und Patienten starke Beschwerden im Alltag bereiten. Nach zwei Operationen pro Tag ist dieses Team am Abend jeweils ziemlich erschöpft, nicht nur auf Grund der Grösse der Kröpfe, auch wegen der mässigen Beleuchtung und der Hitze im unklimateisierten OP geht alles ein bisschen langsamer als in Zürich.

Damit die Chirurgen überhaupt sicher operieren können, braucht es eine zuverlässige Narkose. Zwei Narkoseärzte aus der Schweiz bilden dabei die Anästhesiepfleger vor Ort weiter aus. Gearbeitet wird übrigens grösstenteils mit den Geräten, welche beim letzten Mal in Betrieb genommen wurden, und dem Material, das – nach Bedarf ergänzt – vor Ort vorhanden ist. Nur so kann das Projekt eine gewisse Nachhaltigkeit erreichen. Dank der Ausbildung eines Operationspflegers in der Schweiz vor zwei Jahren ist nun auch die ganze OP-Organisation inklusive dem Vorbereiten des sterilen Operationsmaterials auf einem deutlich höheren Niveau als noch vor drei Jahren.

Was kann ein Kardiologe tun?

Zum ersten Mal sind bei diesem Einsatz auch eine Gynäkologin und ich als Kardiologe dabei. Dass es für eine Gynäkologin bei der oben erwähnten geburtshilflichen Akti-

vität genügend zu tun und zu instruieren gibt, dürfte sofort klar sein. Etwas unsicherer ist die Situation in der Kardiologie. Zum Glück hatte ich schon das ganze letzte Jahr Kontakt mit der englischen Allgemeinärztin Dr. Rachel King, die sich hier am Spital um die internistischen PatientInnen kümmert. Ich bin quasi der Konsiliararzt für Kardiologie über E-mail.

Vor Ort zeigt sich nun, dass in erster Linie eine sichere Diagnosestellung fehlt. Dr. King ist zwar eine exzellente Klinikerin, die der genauen Diagnose sehr nahe kommt, am Ende fehlt aber die technische Untersuchung, die Echokardiographie. Diese ist weder an diesem, noch am Spital in der nächsten Stadt möglich. Es mangelt an technischem Gerät und an ausgebildeten Ärzten.

Weitere Behandlung in Indien

So schaue ich die zwei Wochen täglich 10 bis 15 PatientInnen mit Dr. King an, dabei leistet mir das mitgebrachte Ultraschallgerät entscheidende Dienste. So können wir zusammen die Medikamente anpassen und in Einzelfällen bei schweren Herzklappenfehlern (meistens nach rheumatischem Fieber aufgetreten) den Antrag für eine operative Behandlung in Indien stellen. Indien hat mit Tansania ein entsprechendes Abkommen und liefert auch die meisten Medikamente. Die Nachhaltigkeit meiner Tätigkeit sehe ich in erster Linie in der Aus- und Weiterbildung von Dr. King, beziehungsweise auch in der Bestärkung und Bestätigung ihrer klinischen Diagnosen.

Für uns alle ist sehr beeindruckend, wie geduldig, schmerzresistent und wie dankbar alle Patientinnen und Patienten uns gegenüber sind – auch wenn wir in vielen Fällen nichts erreichen können.

Dr. Christoph Meier, der Hauptinitiator von zurich-meets-tanzania.com, sieht über die drei Jahre nun eine klare Verbesserung der lokalen Verhältnisse in der medizinischen Versorgung. Vielleicht hat auch unser regelmässiger Austausch von Wissen und Personal etwas dazu beigetragen.

Dr. Stefan Christen,
Leiter Kardiologie

LESEN Kains Opfer

Zürich als Hauptschauplatz einer spannenden Kriminalgeschichte. Der erste Roman von Prof. Alfred Bodenheimer führt uns mitten in vertraute Örtlichkeiten.

Hauptakteur ist Rabbiner Gabriel Klein, der – von der Zürcher Polizei angefragt – Hilfestellung bei der Klärung eines mutmasslichen Mordes leistet. Das ihm bekannte Opfer war ein Lehrer der hiesigen jüdischen Gemeinde. Was mit einem erbetenen Rat für Kommissarin Bänziger seinen Anfang nimmt, entwickelt sich für den mutigen Rabbiner mit einer eigenen Dynamik – er beginnt heimlich, selber zu ermitteln. Aus Sorge und Verantwortung für die Mitglieder seiner Gemeinde und mit der Suche nach möglichen Motiven verstrickt er sich immer tiefer in den Fall.

Klar und lebendig erzählend, vermittelt der Autor einen vielseitigen Einblick in das jüdische Leben in unserer Stadt. Das Verknüpfen der Tatmotive mit den Geschichten von Kains Brudermord und

dem Schicksal von Hiob lässt den Fall für den Rabbiner zu einer Suche nach der Wahrheit werden, die überaus spannend und raffiniert komponiert ist! Soeben wurde dem Autor für dieses Werk der Zürcher Krimipreis verliehen.

Und wer daran Gefallen findet: Im März ist der zweite Fall mit Rabbi Klein erschienen...

Verena Landmann



Autor: Alfred Bodenheimer
Verlag: Nagel & Kimche im Carl Hanser Verlag
Erscheinungsjahr: 2014
Preis: ca. 23.70

KINO Les combattants

Arnaud ist jung, nach Abschluss der Schule steht ihm die Welt offen. Pläne für seine Zukunft hat er noch nicht, macht sich aber seine Gedanken. Vorerst grübelt es ihm jedoch, tagsüber seinem Bruder im Familienbetrieb zu helfen und danach mit Freunden im Ausgang zu feiern. Das funktioniert sehr gut, bis er Madeleine kennenlernt, die so ganz anders ist als die meisten Mädchen ihres Alters. Um auf bevorstehende weltweite Katastrophen möglichst gut vorbereitet zu sein, trainiert Madeleine jeden Tag intensiv Kraft und Ausdauer und ernährt sich sehr speziell. Als sie erfährt, dass das französische Militär besonders harte Trainingscamps für junge Leute anbietet, meldet sie sich sofort an. Auch Arnaud entschliesst sich spontan zur Teilnahme, er ist von Madeleines besonderem Wesen total fasziniert. Im Camp geht es dann sehr militärisch zu, neben Körperertüchtigung und Schiessübungen ist auch absoluter Gehorsam gefragt. Damit

hat Madeleine jedoch grosse Mühe. Sie ist eher ein Freigeist, der alles hinterfragt und sich nicht unterordnen will. Am Ende einer nächtlichen Orientierungsübung im Wald beschliessen Madeleine und Arnaud, ihr ganz persönliches Survival-Training zu wagen, das beide allerdings an die eigenen Grenzen bringen wird. Regisseur Thomas Cailley ist mit seinem Erstlingswerk eine ungewöhnliche und spannende Liebesgeschichte gelungen!

Gerald Vogel



Regie: Thomas Cailley
Besetzung: Adèle Haenel, Kévin Azaïs